



Formation

DOSSIER D'INSCRIPTION 2019 FORMATION AMBULANCIER IRFSS NOUVELLE-AQUITAINE

croix-rouge française
PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



PHOTO

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NOM DE NAISSANCE	NOM MARITAL		
PRENOM	NATIONALITE		
DATE DE NAISSANCE / /	LIEU DE NAISSANCE	PAYS	
DEPARTEMENT DE NAISSANCE / /	SEXE /	F pour Féminin – M pour Masculin	
N° de SECURITE SOCIALE			
ADRESSE			
CODE POSTAL.....VILLE.....			
TELEPHONE	PORTABLE		
	E-mail :		
PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :	NOM : Tél.		
	NOM : Portable		
	NOM : Bureau		
N°permis de conduire : Date d'obtention du permis :			
Conduite accompagnée : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> date :			
Validation ambulance : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> date :			

CURSUS SCOLAIRE

FORMATIONS ET EXPÉRIENCES

<input type="checkbox"/> Niveau 6 : sans diplôme <input type="checkbox"/> Niveau 5 : BEP / CAP... <input type="checkbox"/> Niveau 5 bis : secteur sanitaire et social... <input type="checkbox"/> Niveau 4 : BAC / BTN / BP... <input type="checkbox"/> Niveau 3 : BAC + 2 ans <input type="checkbox"/> Niveau 2 : BAC + 3 ou 4 <input type="checkbox"/> Niveau 1 : BAC + 4	<input type="checkbox"/> AFGSU N°1 : date Remise à niveau : date..... <input type="checkbox"/> AFGSU N°2 : date Remise à niveau : date..... <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> Auxiliaire Ambulancier : depuis
---	---

SITUATION PROFESSIONNELLE

Salarié(e) Profession : Employeur : Tel :	A la recherche d'un emploi Depuis le : Adresse du Pôle Emploi d'appartenance : Numéro Identifiant :
---	---

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

<input type="checkbox"/> Moi-même <input type="checkbox"/> CIF <input type="checkbox"/> Contrat professionnel <input type="checkbox"/> Période professionnel <input type="checkbox"/> Mon entreprise Raison sociale : Adresse : N°Siret : Nom du responsable :	<input type="checkbox"/> Un organisme Raison sociale : Adresse : Nom du responsable : Montant : Décision notifiée le :
---	---

Fait àle.....Signature

Cette fiche est à renvoyer avec les pièces mentionnées au verso à :

Institut de Formation Ambulanciers
55 Avenue du Loup- 64000 PAU
Téléphone : 05 57 87 47 19 - Fax : 05 59 71 10 62
ifa.pau@croix-rouge.fr
irfss-nouvelle-aquitaine.croix-rouge.fr



Formation

DOSSIER D'INSCRIPTION 2019 FORMATION AMBULANCIER IRFSS NOUVELLE-AQUITAINE

croix-rouge française
PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



Pièces à joindre au dossier

- La fiche d'inscription complétée et signée
- 1 grande enveloppe, affranchie au tarif en vigueur (50g) portant vos coordonnées
- 6 timbres au tarif en vigueur (20g)
- 3 photos d'identité (1 à coller sur votre fiche d'inscription, les 2 autres à joindre à votre dossier avec vos noms et prénoms inscrits au dos)
- 1 CV actualisé
- **Le certificat médical d'aptitude joint** dûment complété et signé par un médecin agréé par l'ARS
Voir coordonnées sur le site internet de l'ARS de votre région
- **La fiche médicale ARS** portant sur les vaccinations obligatoires remplie et signée par un médecin + compte rendu de la radio pulmonaire + sérologie de l'hépatite B (moins de 3 mois)
- Une photocopie de l'attestation préfectorale à la conduite d'ambulance après examen médical délivré par un médecin agréé par la Préfecture de votre domicile (R221-10 du code de la route)
- Une photocopie de la carte nationale d'identité (recto-verso) ou du passeport en cours de validité ou un extrait d'acte de naissance
- Une photocopie de la carte de séjour pour les candidats de nationalité étrangère dont la validité doit couvrir la totalité de la formation
- Une photocopie du permis de conduire (**recto-verso**) (obtenu depuis plus de 3 ans et 2 ans pour les conducteurs en conduite accompagnée)
- Les frais d'inscription, soit **106 euros (ou 85 euros si dispense d'oral ou d'écrit)**, par chèque bancaire ou postal à l'ordre de : IRFSS Aquitaine « **Croix-Rouge Française IFA** »

DISPENSES

Candidats dispensés du stage d'orientation professionnelle en entreprise d'ambulance d'une durée de 140 heures

- Fournir une attestation de l'employeur justifiant de l'expérience professionnelle d'auxiliaire ambulancier pendant 1 mois minimum

Candidats dispensés des épreuves écrites d'admissibilité

- Photocopie du titre ou diplôme homologué au niveau IV (baccalauréat)
- Photocopie du titre ou diplôme du secteur sanitaire et social homologué au minimum au niveau V
- Photocopie du titre ou diplôme étranger permettant d'accéder à des études universitaires dans le pays d'origine
- Photocopie de l'admission en formation d'auxiliaires médicaux. Ou un certificat de scolarité attestant d'une première année d'études en soins infirmiers

Candidats dispensés de l'épreuve orale d'admission

- Fournir une attestation de l'employeur justifiant de l'expérience professionnelle d'auxiliaire ambulancier pendant 1 an minimum

CAS PARTICULIERS

Candidats dispensés des modules de formation 1 – 2 – 3 – 4 – 5 et 7

- Photocopie du diplôme d'Auxiliaire Médical (IDE...)

Candidats dispensés des modules de formation 2 – 4 – 5 et 7

- Photocopie du diplôme d'Etat d'Aide Soignant (DEAS)

Candidats dispensés des modules de formation 4 – 5 et 7

- Photocopie du diplôme d'Etat d'Auxiliaire de vie sociale (DEAVS)

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS RETENU NI RETOURNÉ AU CANDIDAT

Lieu de formation :

**CMA Interdépartementale Dordogne, Gironde, Lot-et-Garonne
Cré@vallée Nord—295 Boulevard des saveurs—24660 Coulounieix Chamiers**



Formation

DOSSIER D'INSCRIPTION 2019 FORMATION AMBULANCIER IRFSS NOUVELLE-AQUITAINE

croix-rouge française
PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

Le certificat devra être remis au dépôt du dossier d'inscription et devra dater de moins de 3 mois (Art.1-6 – arrêté du 26 janvier 2006). Il doit être rempli obligatoirement par un médecin agréé par l'ARS (Agence Régionale de Santé).

Je soussigné(e),

Docteur.....

...

Certifie avoir examiné ce jour :

M - Mme (Nom Prénom).....

J'atteste :

de non contre indication à la profession d'ambulancier, (absence de problème locomoteur, psychique, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...)

qu'il (elle) a subi les vaccinations contre **la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite** ou qu'il (elle) a reçu depuis les dates de vaccinations, une injection de rappel tous les 5 ans.

qu'il (elle) a subi les vaccinations contre **l'hépatite B** *une attestation médicale indiquant la date et le résultat du contrôle du taux anticorps-HBS doit obligatoirement compléter l'attestation médicale des personnes vaccinées après l'âge de 25 ans* (arrêté du 16 avril 1999).

qu'il (elle) a subi les vaccinations **contre le BCG** et contrôlé(e) il y a moins de 3 mois par une IDR à 10 UI de tuberculine : *(rayer les mentions inutiles)*

qu'il (elle) : *(rayer les mentions inutiles)*

- Est indemne de toute infection tuberculeuse (test tuberculinique + radio pulmonaire)
- Peut être considéré(e) comme guéri(e)

Ce certificat établi à la demande de l'intéressé(e) pour servir et faire valoir ce que de droit.

Lieu, Date et signature du médecin agréé

Cachet de médecin agréé

Annexe I

ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE DE DÉCOUVERTE

Candidat :

Nom : Nom marital éventuellement :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Fax :

Mail :@.....

DATES DU STAGE

Du : au

ENTREPRISE

Nom : N° du Siret :

Coordonnées :

Nom du responsable du suivi de stage du candidat :

Fonction dans l'entreprise :

ÉVALUATION DU CANDIDAT

CRITERES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRES BON	OBSERVATIONS
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port des charges ergonomies)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					

Bilan

Oui

Non

CACHET du Responsable de l'entreprise
Date



Formation

DOSSIER D'INSCRIPTION 2019 FORMATION AMBULANCIER IRFSS NOUVELLE-AQUITAINE



Annexe II

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCÉ UN MOIS EN QUALITÉ D'AUXILIAIRE AMBULANCIER

Candidat :

Nom : Nom marital éventuellement :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Fax :

Mail :@.....

PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :

Du : au

ENTREPRISE

Nom : N° du Siret :

Coordonnées :

Nom du responsable du suivi de stage du candidat :

Fonction dans l'entreprise :

ÉVALUATION DU CANDIDAT

CRITERES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRES BON	OBSERVATIONS
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port des charges ergonomies)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					

Bilan

Oui

Non

CACHET du Responsable de l'entreprise
Date



Suis-je à jour de mes vaccinations ?

Bonne question !... Car c'est indispensable pour mon inscription.

Vous envisagez d'exercer un métier dans le domaine de la santé ? Pour cela, il est indispensable que vous soyez vaccinés.

La vaccination est utile pour soi mais aussi pour protéger les autres, notamment les personnes les plus fragiles. Ainsi, la vaccination vous protège contre certaines maladies infectieuses et protégera également les patients auprès desquels vous interviendrez.



Attention : n'attendez pas les résultats des concours, faites vérifier vos vaccins par un médecin car être correctement vacciné peut prendre plusieurs mois.

Voici la liste des vaccins à faire* :

BCG	Obligatoire
Coqueluche	Recommandé
Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite	Obligatoire
Grippe saisonnière	Recommandé
Hépatite B	Obligatoire
Méningocoque C	Recommandé
Rougeole - Oreillons - Rubéole (ROR)	Recommandé
Varicelle	Recommandé

Tous ces vaccins sont jugés comme indispensables compte tenu du milieu professionnel dans lequel vous envisagez d'évoluer. Certains conditionnent votre entrée dans votre formation ainsi que la réalisation de vos stages programmés dans le cadre de votre cursus.

* Source : Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016

A l'issue du concours, si vous êtes admis, vous devez impérativement remettre dans votre dossier d'inscription de formation la fiche vaccination complétée par un médecin.

Celle-ci peut être remplie de manière simplifiée si vous créez votre carnet de vaccination électronique sur www.mesvaccins.net et le faites valider par votre médecin (ou le médecin universitaire ou le médecin du travail) : il sera partagé entre vous et ces professionnels de santé.

Realisation : département communication ARS NAFC (2016-2017)